TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur R. BAUDET

AGRÉGATION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS

CONCOURS DE 1904

(Section de Chirurgie.)

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur R. BAUDET

AGRÉGATION DE CHIRURGIE ET D'ACCOUCHEMENTS

CONCOURS DE 1904

(Section de Chirurgie.)

TITRES

Lauréat (quater) de la Faculté de médecine de Bordeaux (1887, 1888, 1889, 1890).
Ancien interne lauréat des hôpitaux de Bordeaux. Premier à l'internat (1888).
Prix Gintrac (1890).

Externe lauréat des hôpitaux de Paris (Prix Arnal 1892).
Interne, médaille d'or de chirurgie des hôpitaux de Paris (1896).
Moniteur de trachéotomie et de tubage à l'hôpital Trousseau (1897).

Aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris (1893).
Chef de clinique chirurgicale (1903).

EXPOSÉ DES TRAVAUX

Nous ne retiendrons que les publications un peu étendues, négligeant les diverses présentations aux Sociétés d'anatomie de Bordeaux et de Paris.

Nous diviserons ces publications en deux chapitres :

1° Celles dont les observations cliniques sont le point de départ;

2° Celles qui ont trait à la chirurgie opératoire.

I. — TRAVAUX CLINIQUES

1. — Remarques sur la craniectomie exploratrice.

(*Rev. internat. de Thérapeutique et de Pharmacologie*, 1892.)

Dans les cas d'affection non traumatique du cerveau, caractérisés principalement par des accès d'épilepsie jacksonnienne, nous avons montré que la craniectomie exploratrice, procure des bénéfices incontestables aux malades, point sur lequel on est d'accord. Mais nous avons montré encore, en nous basant sur plusieurs observations dont une personnelle, que ces bénéfices post-opératoires peuvent, dans quelques cas rester acquis très longtemps, si longtemps même que l'on a pu parler de guérison. Dans tous les cas, on n'a jamais constaté la lésion causale. On s'est borné à craniectomiser largement en incisant la dure-mère.

On ignore donc à quelle catégorie de malades l'on avait affaire : s'il s'agissait d'hystériques, de paralytiques généraux, de malades atteints de tumeur cérébrale. On a opéré malgré l'incertitude du diagnostic. Et dans les cas que nous rapportons, l'amélioration a été complète et a persisté très longtemps, si longtemps même que les malades n'ont pas présenté de récidives.

Ces cas heureux, placés en face des cas de craniectomie curatrice, qui procurent des résultats si incomplets ou qui ne préviennent pas la récidive, doivent diminuer notre scepticisme et nous encourager dans nos tentatives de chirurgie intra-cranienne (1).

Depuis, trois nouveaux faits ont été publiés. Bauby, Gross (de Nancy), Schwartz, *Soc. de Chir.*, 1901.

(1) Cas de Prengrueber, *Bull. médical*, 1893. — Dr Raymond, *Revue Intern. de Thérap. et Pharm.*, 1897. — Voisin et Péan, *Press., méd.*, 1897. — Jeonnel. *Presse méd.*, 1897.

2. — De la ligature de l'artère hypogastrique.

(*Gaz. Hôpitaux*, avril 1899, en collaboration avec le Dr Kendirdjy.)

Les récents progrès de la chirurgie pelvienne ayant ramené dans la pratique la ligature des artères hypogastriques, nous nous sommes demandé quelle pouvait être la valeur de cette opération. Nous l'avons étudiée : 1° comme méthode atrophiante ; 2° comme méthode d'hémostase ; 3° comme opération curatrice des anévrismes et des tumeurs télangiectasiques de la fesse.

A. — Méthode atrophiante.

1° *Hypertrophie prostatique.* — Elle a été pratiquée par Bier, Kœnig, Willy Meyer et Deruyinsky.

Les résultats opératoires immédiats ont été favorables. Cette ligature amène très nettement la diminution de volume de la prostate et le raccourcissement de l'urèthre (2 centimètres). La dysurie a cessé dès le lendemain de l'observation.

2° *Cancer utérin.* — Cette ligature assure tout d'abord l'hémostase préventive au cours de l'hystérectomie abdominale.

Dans quelques cas (Kelly, Prior, Polk), la tumeur a régressé, les douleurs ont cessé et la durée du mal a été très prolongée.

Par contre, Hartmann, Roux, Legueu ont noté que les améliorations n'avaient été que transitoires.

B. — Méthode d'hémostase préventive.

1° Dans l'extirpation abdomino-périnéale du rectum, elle assure l'assèchement du champ périnéal : elle économise vingt à vingt-cinq minutes au chirurgien (temps contrôlé pendant lequel on place des pinces et on fait les ligatures). Elle économise également le sang du malade.

C. — Tumeurs pulsatiles de la fesse.

a. *Tumeurs malignes.* — Trois opérations (Porta, Trèves, Wherry). Cas de Trèves, survie de 14 mois. Cas de Wherry, cessation des battements, des douleurs, guérison définitive (?). Cas assimilables aux cas de ligatures de l'artère fémorale pour les anévrismes osseux du tibia (faits de Roux, Lallemand).

b. *Anévrismes fessiers.* — Nous avons réuni 30 cas de ligature, soit par la voie sous-péritonéale soit par la voie intra-péritonéale, médiane ou latérale.

Nos conclusions diffèrent de celles qui ont été exprimées avant nous.

Cette opération est facile, si on l'exécute par la voie intra-péritonéale.

Elle est bénigne et efficace.

Jusqu'en 1880, on avait fait 18 fois la ligature de cette artère. Il y avait eu 9 morts, soit 50 % de mortalité.

Depuis 1880, on l'a exécutée 12 fois avec 2 morts seulement. Dans un de ces cas, le malade était albuminurique. Dans l'autre, le sac suppura tardivement.

Il semble donc que les insuccès opératoires tiennent plus aux opérateurs qu'à la méthode, qui, dans tous les autres cas, a été absolument efficace.

3. — Les lipomes de la parotide.

(*Gaz. Hôpitaux*, 1901.)

Cette étude est basée sur 11 observations dont 2 nous sont personnelles.

Les lipomes occupent dans la loge glandulaire des points différents.

1° Ils siègent entre l'aponévrose superficielle et la glande;

2° Ils siègent à la face profonde de la glande, dans l'espace sous-parotidien antérieur ;

3° Ils siègent dans l'intérieur même de la glande et dans ce dernier cas, ils sont encapsulés ou diffus.

L'évolution de ces tumeurs est bénigne. Les troubles

fonctionnels sont nuls. Seule la déformation de la face inquiète le malade.

L'ablation de ces tumeurs est facile, néanmoins elle présente quelques difficultés dans deux cas.

Quand elle est diffuse, il faut faire une résection de la glande : le facial alors peut être intéressé (cas de Richet).

Quand la tumeur est profonde, il faut traverser la glande, en l'incisant au niveau de son bord postérieur, pour éviter de blesser la branche temporo-faciale.

4. — La tuberculose primitive de la rate.

(*Revue de gynécologie*, 1898, QUÉNU et BAUDET.)

Nous publions la première étude qui ait paru sur la tuberculose primitive de la rate. Cette étude est basée sur quelques cas médicaux vérifiés à l'autopsie et sur 5 observations cliniques, dont une personnelle vérifiées opératoirement.

La tuberculose splénique nous a paru présenter trois formes : 1° une forme miliaire qui n'intéresse pas le chirurgien; 2° une forme infiltrée; 3° une forme pseudo-kystique (personnelle).

Dans ce dernier cas, la rate était transformée au niveau de son pôle en une masse pseudo-kystique représentée par de gros blocs fibrineux, laissant exsuder une sérosité louche. L'examen bactériologique et les inoculations nous montrèrent que ces exsudats étaient réellement tuberculeux. Quelques semaines après l'opération, le malade présenta un ganglion du cou qui fut enlevé : ce ganglion était tuberculeux.

Deux méthodes chirurgicales sont applicables à la tuberculose splénique : 1° l'ablation de la rate ; 2° l'exosplénopexie.

L'éxosplénopexie ne doit être employée que lorsque des adhérences étendues empêchent la splénectomie. Tentée par Jaboulay en 1893, puis en 1894; par Villar en 1894, exécutée avec succès par Houzel en 1897, pour des tumeurs de nature différente, elle nous procura un beau succès dans le cas de tuberculose splénique qui sert de base à notre tra-

vail. C'est donc une opération, dont les indications seront rares, mais qui constitue une ultime ressource quand la splénectomie est impossible.

Depuis notre travail, la tuberculose splénique a figuré pour la première fois dans les *Traités de chirurgie* (Ledentu et Delbet). Des observations nouvelles ont paru et de nouvelles thèses ont vu le jour.

Thèse de Raine : Bordeaux, 1898.

Guilani : Paris, 1899.

Lefas : Paris, 1904.

Désormais la tuberculose primitive de la rate doit prendre rang parmi les tumeurs de cet organe et doit être considérée comme une tuberculose chirurgicale.

5. — Du mal perforant buccal.

(Thèse Paris, 1898.)

Le point de départ de notre thèse a été l'observation d'un malade, recueillie par nous en 1890 et présentée à la Société d'Anatomie de Bordeaux.

Depuis cette époque, nous avons observé deux autres malades. Ces 3 nouveaux cas portent à 7 l'ensemble des faits publiés.

I. — Cette affection singulière débute par la chute spontanée des dents, qui se produit sans douleur, sans hémorragie et même quelquefois sans suppuration. Cette chute peut être complète ou incomplète. Elle est en tout cas toujours plus étendue au maxillaire supérieur qu'à l'inférieur.

Les dents peuvent être remarquablement saines. Aussi, lorsqu'elles sont cariées, la carie ne saurait expliquer leur chute.

II. — Le deuxième stade de cette affection, c'est la résorption du rebord alvéolaire, très accusée au maxillaire supérieur, résorption qui réduit le maxillaire à la portion horizontale de la voûte.

III. — Dans un troisième stade, des ulcérations se créent sur la muqueuse et une petite fistule s'établit. Elle est

difficile à trouver. Il faut s'obstiner à la chercher au fond des ulcérations fongueuses. Quand le stylet le découvre, il est aussitôt conduit dans le sinus maxillaire.

IV. — La fistule s'agrandit, et la large perforation est enfin constituée. Elle a son centre vis-à-vis la première ou deuxième grosse molaire. Elle est allongée dans le sens antéro-postérieur, le long du rebord alvéolaire disparu. Elle crée un cloaque faisant communiquer la bouche, les fosses nasales et le sinus maxillaire.

V. — Nous avons retrouvé, chez nos trois malades, des troubles très nets de la sensibilité dans le domaine du nerf trijumeau, marqués par des anesthésies faciale et buccale, des œdèmes fugaces, etc... C'est nous qui, le premier, avons insisté sur ces troubles nerveux accompagnant le mal perforant buccal.

VI. — Par des recherches cliniques entreprises dans différents services et commencées en 1892 à la Salpêtrière, chez M. le professeur Joffroy, dont nous étions l'interne provisoire, nous avons pu établir que les quatre stades de la maladie pouvaient exister chez les quatre catégories de malades, c'est-à-dire : *a*) malades ayant seulement une chute spontanée des dents ; *b*) ; *c*) malades ayant une chute spontanée des dents avec ulcérations et fistules ; *d*) malades présentant une large perforation.

Chez un des malades observés par nous, nous avons pu suivre les différentes étapes du mal.

La conclusion est celle-ci : Le mal perforant buccal est le terme définitif d'une maladie qui commence par la chute spontanée des dents, mais qui n'arrive pas toujours à ce stade final.

Quelle en est la cause ? Avant nous, on avait pressenti que l'affection était liée au tabes et qu'il s'agissait d'un trouble trophique placé sous la dépendance d'une névrite du trijumeau. Malheureusement, les examens histologiques n'ont été faits que sur des malades qui, pendant leur vie, avaient présenté une simple chute des dents.

Néanmoins, comme les quatre catégories de malades

observés par nous étaient des tabétiques; que ces quatre catégories de malades présentaient une même affection, mais à des degrés divers de son évolution; que quelques-uns présentaient, d'une façon positive, des altérations histologiques du trijumeau, nous pouvions logiquement conclure que la maladie est une; qu'elle est liée au tabes; que le tabes agit en déterminant une névrite du trijumeau.

Telles furent nos conclusions.

Depuis, cette étude du mal perforant a passionné les stomatologistes. M. Galippe, qui avait étudié avant nous cette question au point de vue dentaire, MM. Sebileau, Rodier, Capdepont, Chompret, Robin ont discuté la question du mal perforant. Ces spécialistes tendent à admettre que le mal est dû à des infections alvéolaires compliquant le tabes. Nous ne saurions admettre cette théorie que déjà nous réfutions dans notre thèse.

6. — Traité des hernies.

(Collection Rochard-Ricard, 1903.)

Notre nom ne paraît pas sur la couverture du livre, car seul le nom d'un chirurgien des hôpitaux doit paraître.

Voici, du reste, l'avant-propos signé par notre maître Rochard : — « Son nom (Baudet) serait à côté du mien sur la couverture si des questions d'un ordre purement administratif ne s'y opposaient pour la première édition. J'espère que ces difficultés n'existeront plus dans la nouvelle impression de cet ouvrage et qu'en la signant avec moi, Baudet aura la place à laquelle son travail lui donne tous les droits.

Dans ce traité, nous n'avons pas eu la prétention de dépasser nos maîtres et prédécesseurs MM. les professeurs Berger et Jaboulay. Nous nous sommes attachés principalement à mettre au point les chapitres laissés jusqu'ici un peu dans l'ombre. Nous attirons principalement l'attention sur les chapitres suivants :

1° Tuberculose herniaire;

2° Hernies périnéales;
3° Hernies diaphragmatiques;
4° Hernies rétro-péritonéales;
5° Hernies de l'appendice.

Ces cinq chapitres sont un peu sacrifiés dans les traités qui ont précédé le nôtre. »

II. — ESSAIS DE CHIRURGIE OPÉRATOIRE

1° Extirpation totale du canal déférent et de la vésicule séminale par la voie inguinale.
2° Périnéotomie recto-uréthrale: opérations diverses pratiquées par cette voie.

1. — Extirpation totale du canal déférent et de la vésicule séminale par la voie inguinale.

(En collab. avec P. Duval, *Revue de chirurgie*, 1901.)

Cette opération, préconisée par Villeneuve en 1891, n'avait pu entrer dans la pratique, à cause des difficultés opératoires qu'elle présente, difficultés reconnues par Villeneuve, son élève Platon, par Schede et par Fuller.

Après plusieurs essais sur le cadavre nous nous sommes arrêtés, Duval et moi, à une technique spéciale qui nous a paru d'exécution facile puisque toujours nous avons pu enlever le déférent et la vésicule complètement. Ces organes, enlevés ainsi sur le cadavre ont été présentés à la Société d'anatomie de Paris 1900. Encouragés par ces succès sur le cadavre, nous avons appliqué deux fois sur le vivant cette opération.

Voici les points de technique les plus importants.

Placer le malade sur un plan modérément incliné. Incision funiculo-inguinale commençant ou finissant à deux tra-

vers de doigt en dehors de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Après avoir enlevé l'épididyme ou l'épididyme et le testicule, nous ouvrons le canal inguinal et sectionnons le petit oblique et le transverse. Nous effondrons le fascia transversalis à la sonde cannelée et décollons le péritoine avec le doigt en rasant sa face externe. Cela fait, nous écartons le péritoine décollé et le paquet intestinal avec un large et long écarteur. Cet instrument èst indispensable.

Nous recherchons alors le canal déférent dans le cordon et poursuivons sa dissection dans la fosse iliaque. Il ne tient plus du reste que par quelques tractus celluleux que nous coupons au ciseau. Pendant ces manœuvres, nous n'exerçons aucune traction sur le déférent.

Au fond de la plaie ilio-pelvienne, en sous-tendant modérément le canal déférent, on fait saillir la loge vésiculaire par son bord externe, c'est-à-dire par son hile. Les vaisseaux, qui l'abordent, dessinent une crête transversale à ce niveau. C'est sur cette crête. pédicule vasculaire de la vésicule, que nous incisons la loge vésiculaire.

La loge ouverte, la vésicule apparaît. Une pince de Kocher en saisit le fond. On l'isole facilement de sa gaine et on la sectionne au ras de la prostate, en sectionnant en même temps le canal déférent.

Dans ce travail, nous publions, en même temps que le résultat de nos recherches cadavériques, l'observation de ces malades que nous avons opérés avec succès, en suivant la technique sus-indiquée.

2. — Périnéotomie inter-recto uréthrale. Opérations que l'on pratique par cette voie.

Notre maître M. Quénu a bien voulu nous associer aux recherches qui l'ont conduit à pratiquer l'ablation du rectum cancéreux par la voie périnéale. Cette méthode consiste en somme à dédoubler le triangle recto-uréthral — en séparant par une sorte de clivage le rectum en arrière, le bulbe,

l'urèthre membraneux, la prostate, l'aponévrose prostato-péritonéale en avant.

Cette méthode préliminaire constitue la périnéotomie inter-recto-uréthrale.

Lorsqu'elle est exécutée, elle transforme le périnée en deux valves, antérieure et postérieure, largement séparées entre elles et laissant un espace libre, où l'on peut aisément manœuvrer. Au fond de cet espace, on agit sur le rectum désinséré de ses attaches antérieures et qu'il est alors facile d'enlever. C'est le procédé que M. Quénu a exécuté et auquel il a bien voulu associer mon nom.

Mais on peut agir aussi sur tous les organes qui forment la valve antérieure de ce triangle recto-uréthral, c'est-à-dire de bas en haut :

1° Sur la prostate;

2° Sur la vésicule et le canal déférent;

3° Sur les collections suppurées : sous-péritonéales ou intra-péritonéales.

Ce sont là les diverses opérations que nous avons exécutées. Quoiqu'elles diffèrent entre elles par la technique qui convient à l'ablation de chacune d'elles (technique spéciale pour le rectum, la vésicule, le prostate, etc.), elles ont néanmoins un lien commun entre elles, c'est la méthode générale que nous avons employée pour aborder tous les organes. Or cette méthode est une. C'est l'application de la périnéotomie inter-recto-uréthrale.

PÉRINÉOTOMIE INTER-RECTO-URÉTHRALE

Cette technique générale, qui, je le répète, a été imaginée par notre maître M. Quénu, et qui a été étudiée par nous sous sa direction, a été décrite dans la *Revue de gynéc.*, 1898 : « Extirpation du rectum cancéreux par la voie périnéale. » Quénu et Baudet.

Elle comporte les différents temps nécessaires au dédoublement du périnée depuis la peau jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

1er *temps*. — Incision en ʌ renversé, dont les deux branches entourent l'anus.

2e *temps*. — Incision des téguments superficiels sur la ligne médiane, puis de la graisse ischio-rectale.

3e *temps*. — Incision à gauche des faisceaux musculaires du releveur. Par cette boutonnière latérale, on passe ses doigts au-dessus du releveur. On pince ses faisceaux antérieurs et le raphé ano-bulbaire.

4e *temps*. — Incision transversale du raphé ano-bulbaire, contre les doigts, qui protègent le bulbe.

5e *temps*. — Le raphé incisé, on effondre avec l'index droit le tissu celluleux de l'espace prérectal. Cet espace est limité latéralement par les faisceaux internes du releveur écartés et l'aponévrose pelvienne qui les recouvre : en avant par la prostate et l'aponévrose prostato-péritonéale : en arrière par le rectum.

En ce moment, le triangle recto-uréthral est dédoublé. Mais ses deux parois ne s'écartent pas encore. Elles sont unies par les deux faisceaux internes du releveur. Pour que la séparation soit complète, il faut couper ces deux lames musculo-aponévrotiques, constituant ce que nous avons appelé les *lames sagittales*. Quand elles sont coupées, la région opératoire est largement exposée et l'on peut agir sur la prostate, les vésicules, le tissu sous-péritonéal et le cul-de-sac du péritoine ; enfin, sur le rectum.

Mais, quelle que soit l'opération, la restauration de cette brèche périnéale se fait à peu près toujours de la même façon (1) et dans l'ordre inverse suivi pour la perinéotomie. On suture les deux lames sagittales (releveur et aponévrose) à celles du côté opposé et au rectum. Puis, dans un deuxième plan, on suture la peau et le tissu cellulaire. On peut laisser au-devant du rectum, sur la ligne médiane, un pertuis destiné au drainage.

Nous n'avons observé après cette opération aucun trouble fonctionnel dans la miction ni la défécation.

(1) Sauf après l'ablation du rectum.

Nous avons pratiqué 7 fois une semblable opération avec 7 succès.

Etudions maintenant en détail ces opérations.

A. — Péritoine et tissu sous-péritonéal.

Nous n'avons pas ouvert de collections suppurées, collectées dans le péritoine pelvien, mais nous avons drainé par cette voie un abcès péri-vésiculo-déférentiel.

Il s'agissait d'un malade qui, ayant fait une orchite blennorrhagique, fit une péri-déférentite suppurée droite, que j'ouvris dans le canal inguinal. Quelques jours après, il présentait au-dessus de la prostate indemne et autour de la vésicule droite, un deuxième abcès que j'ouvris par la périnéotomie inter-recto-uréthrale. Dans ce cas particulier, je ne sectionnai que la lame sagittale droite. Le malade opéré en 1898 guérit complètement. Je l'ai revu et opéré en 1903 pour une hernie inguinale droite. Il ne ressentait aucun trouble fonctionnel du côté du périnée.

Son observation est consignée dans la thèse de Maradeix, Paris, 1898 : « Déférentite, vésiculite et péritonite blennorrhagiques. »

B. — Extirpation des vésicules séminales par la voie périnéale.

De l'ablation totale des voies génitales chez l'homme, dans la tuberculose étendue de ces organes avec Kendirdjy (*Gaz. hôpitaux*, 1898).

Traitement de la tuberculose du testicule par la castration précoce et l'ablation totale des voies génitales (*Journal méd. Bordeaux*, 1900).

Nous préconisons le premier en France l'opération suivante :

1° Ablation de la vésicule et d'une partie du canal déférent par la voie périnéale;

2° Ablation de l'épididyme ou du testicule et de la partie initiale du déférent.

Le temps périnéal de cette opération s'exécute de la façon suivante :

1° Périnéotomie inter-recto-uréthrale comme il a été décrit. Au lieu de couper les deux lames sagittales, nous ne sacrifions que celle qui est placée du côté de la vésicule malade ;

2° Nous passons le doigt dans la courbe du canal déférent et, remontant assez haut sur la paroi pelvienne, nous le ramenons vers nous. Nous plaçons sur lui une forte soie et le sectionnons au-dessous. Puis, saisissant le segment terminal, nous l'attirons à nous. Nous fendons la gaine de la vésicule sur sa face postérieure ; et nous décollons la vésicule de l'aponévrose prostato-péritonéale. Nous sectionnons l'aponévrose le long du bord interne du déférent, ce qui permet le décollement de ce canal. Vésicule et déférent sont ainsi devenus libres. Ils ne tiennent plus qu'à la base de la prostate. Nous les coupons, dans la prostate, en taillant dans la glande une sorte de coin. Leur ablation est alors terminée.

Un point de suture referme la prostate.

Deux soies reconstituent la gaine sagittale en fixant le releveur au raphé et au rectum, et nous drainons sur la ligne médiane.

L'ablation du testicule et du segment initial du déférent se fait en ouvrant le canal inguinal. Mais ce temps ne saurait être décrit ici.

Nous avons fait deux fois, avec succès, cette opération.

La première observation est consignée dans la *Gazette des Hôpitaux*, 1898. La deuxième observation se trouve dans la thèse de Reyt sur « l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses », Paris, 1900.

C. — Ablation de la prostate hypertrophiée.

(*Gazette hebdomadaire*, 1899.)

Cette opération a eu, dans ces derniers temps, beaucoup de succès. Sous l'impulsion d'Albarran et ses élèves, elle est entrée en France dans la pratique habituelle. On ne discute plus sa légitimité, mais ses indications.

Lorsqu'en 1899, après Dittel et Kuster, nous avons exécuté le premier en France, cette opération, notre tentative, pourtant heureuse, fut regardée comme « une folie ». Les événements se chargèrent de légitimer pourtant cette opération, et les observations de Delagenière, les travaux d'amphithéâtre de Gosset et Proust, donnèrent un nouvel élan à cette méthode thérapeutique.

L'idée d'enlever la prostate avait été, pour nous, la suite logique des opérations que nous avions entreprises par le périnée. Nous avions, avec notre maître Quénu, trouvé la méthode qui nous permettait d'aborder les différents organes de la région. Leur ablation n'était qu'un jeu.

Technique. — Après avoir ouvert le périnée, suivant le procédé préconisé plus haut et une fois arrivé sur la prostate, nous incisons d'avant en arrière le tissu prostatique sur toute l'étendue du lobe médian, jusqu'à l'urèthre exclusivement. Puis, saisissant avec une pince de Kocher la lèvre droite de cette tranche prostatique et l'attirant vers nous, nous sectionnons tout le tissu prostatique au ras de l'urèthre et de la vessie jusqu'au niveau de son bord supérieur, et nous tranchons d'arrière en avant ce bord supérieur. Tout le lobe droit de la prostate se trouve ainsi enlevé. Nous faisons de même à gauche. Il ne reste plus comme tissu prostatique qu'un lambeau antérieur placé au-devant de la vessie.

Ce reste de tissu prostatique et la capsule que nous avons préalablement décollée, nous la suturons au releveur, de façon à attirer en bas la portion correspondante de la vessie qui surplombe le bas-fond et la mettre de niveau avec ce bas-

fond. Nous pensons aussi que si la prostate se reforme, elle se reformera loin de la vessie et de l'urèthre.

Nous reconstituons ensuite le périnée.

Il s'agit donc d'une ablation sous-capsulaire et extra-uréthrale de la prostate.

Le résultat immédiat de cette opération fut excellent. Le malade, voué à la sonde à demeure par un chirurgien des Hôpitaux, urinait tout seul et vidait chaque fois sa vessie presque complètement.

Malheureusement, sa prostate était, sans doute, du type adénomateux. Au bout d'un an, la récidive se fit; et un an et demi environ, exactement vingt mois après l'opération, le malade mourait. Le bénéfice opératoire avait duré douze mois.

D. — Extirpation du rectum cancéreux.

(Quénu et Baudet. *Revue de gynéc.*, 1898.)

Après avoir fermé l'anus par une suture en bourse et incisé le périnée jusqu'au péritoine, comme il a été dit, nous libérons le rectum en arrière, sectionnons toutes les attaches aponévrotiques et musculaires des bords latéraux du coccyx, puis d'un coup de ciseau, on désarticule le coccyx On décolle ensuite le rectum de toute la face antérieure du sacrum. A ce moment le rectum dépasse le plan superficiel du périnée de 12 à 14 centimètres. — Nous ouvrons le péritoine et sectionnons le méso-rectum. On sectionne les lames latérales un méso-rectum alternativement à gauche et à droite, jusqu'à ce que le rectum soit suffisamment abaissé.

Nous faisons ensuite une restauration partielle des plans périnéaux. On referme le péritoine en le suturant à la face antérieure du côlon entraîné dans la plaie. On suture les releveurs de chaque côté ainsi que leurs aponévroses, les uns aux autres, au-devant du rectum. On constitue ainsi une sangle musculaire derrière la prostate; on ampute alors

le rectum et on suture l'ouverture du bout supérieur à la peau.

Chez la femme, l'opération est conduite sur le même plan.

A cette époque, nous comptions quatre opérations avec quatre succès.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, RUE CASSETTE, 17.